

УДК 616.8-009:616.89-052

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ АФЕКТИВНО-НЕВРОТИЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

© М. А. Юдін

Жінки, які звертаються за косметологічною допомогою – неоднорідна за психологічними характеристиками групи. Рівень вираженості психопатологічної симптоматики, структура окремих психопатологічних симптомів різняться залежно типу самовідношення: гармонійного, дисгармонійного зі схильністю до заниженої чи завищеної самооцінки. Структура психопатологічних симптомів у пацієнток косметологічного профілю відображає змістовні особливості переживання психічного стресу, важливі для надання медико-психологічної допомоги

Ключові слова: психопатологічна симптоматика, медична косметологія, психічний дистрес, медико-психологічна допомога, клінічна психологія

The significant prevalence of psychic pathology among patients of the medical sphere, including medical cosmetology puts a question about organization of medical-psychological help for this category of patients/clients.

Aim of research – to reveal the features of the structure of affective-neurotic psychopathological symptoms in cosmetological patients.

Contingent and methods of research. The testing included 286 women, who asked for cosmetological help. The interrogated were divided in three groups on the base of self-relation criterion: 1 group included persons with disharmonious type with tendency to the understated self-appraisal (G1, n=108), 2 group – with harmonious type (G2, n=96) and 3 group – with disharmonious type with inclination to the overstated self-appraisal (G3, n=82). Determination of the intensity of psychopathological symptoms was carried out by the SCL-90-R method.

Results. The main manifestations of affective-neurotic symptoms in women with disharmonious type of self-relation with inclination to understated self-appraisal were somatization on astheno-neurotic type, the expressed anxiety component (worry, strain, fear, waiting for troubles, excessive bother), indecisiveness, need to verify the own actions, intrusive ideas, lack of forces, hypothyria, self-accusation, feeling of necessity of excessive efforts for own activity, discomfort in populous places; in patients with inclination to overstated self-appraisal – somatization with illogical and hysteroid manifestations, strain, nervousness, excessive bother, intrusive ideas, feeling of loneliness, depression. In women with harmonious self-relation somatization was manifested mainly by cephalalgias, strain, less nervousness, intrusive ideas, the necessity to verify the own actions and hypothyria. The structure of psychopathological symptoms in cosmetological patients reflected the meaningful features and directionality of psychic reaction to stress.

Conclusions. The women, who ask for the medical care, form the group, heterogenic by psychological characteristics that must be taken into account at giving medical and psychological help. The patients with disharmonious type of self-relation, especially the ones with inclination to understated self-appraisal, form the risk group as to the psychic health and need medical-psychological help

Keywords: psychopathological symptoms, medical cosmetology, psychic distress, medical-psychological help, clinical psychology

1. Вступ

Косметологічна медицина та естетична хірургія займаються корекцією як реальних дефектів зовнішності, так часто і виконують замісну психологічну функцію. Розвиток косметології стимулюють нові здобутки в медичних технологіях, зростання значення зовнішньої привабливості у суспільстві, постійна зміна стандартів краси, підвищення матеріальної забезпеченості певних груп населення [1].

Косметологічна патологія найбільш тісно пов'язана з дерматологічними захворюваннями. Шкіра на мові психологічного символізму – це орган контакту та взаємодії з оточуючим світом, індикатор та відображення психоемоційного стану людини. Причинами звернення до косметологів стають: проблеми, пов'язані з зовнішнім виглядом (обличчя, фігура); прагнення до підтримки та збереження при-

родної краси; запобігання та сповільнення процесу старіння; підтримання іміджу, певного стилю життя; покращення зовнішності з метою отримання з цього вигод (пошук партнера, побудова кар'єри); незадоволеність своїм зовнішнім виглядом як частина більш глибокої психологічної проблеми неприйняття себе у цілісності психічних та фізичних особливостей; отримання уваги оточуючих [2].

2. Обґрунтування дослідження

Пацієнтами косметологів у переважній більшості є жінки, хоча останнім часом збільшилась кількість чоловіків, які звертаються за косметологічними послугами. Клієнтів косметологічних центрів можна поділити на 3 категорії: з вираженими дефектами зовнішності, які потребують суттєвої медичної та естетичної корекції; з нормальною

зовнішністтю, при цьому звернення до косметолога має на меті підтримання природної краси; дефекти зовнішності відсутні або незначні, однак суб'єктивно значно перебільшуються. Подібний поділ вказує на значимість психологічного сприйняття своєї зовнішності, формування гармонійного образу тіла та індивідуального реагування на зміни зовнішнього вигляду [3, 4]. Одним зі специфічних психічних станів у пацієнтів косметологів, який пов'язаний з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю та результатами процедур і маніпуляцій попри повторні звернення до спеціалістів у сфері косметології та пластичної хірургії є дисморфічний розлад або синдром [5, 6].

У пацієнтів, які звертаються за косметологічним лікуванням, виявляють підвищення тривожності, симптоми депресивного кола, погіршення загального самопочуття, зниження активності, зміни самооцінки, самовідношення, порушення у міжособистісних стосунках [7–9]. В цілому поширеність психічних розладів поміж дерматологічних пацієнтів коливається за даними різних досліджень від 20 до 40 %, коморбідної патології 15–30 % [10]. Найбільш часто шкірні захворювання коморбідні з депресивними – 59–77 %, тривожними розладами – 6–30 % [11], розладами особистості – до 57 % [10]. Окрему групу складають порушення самосприйняття – дисморфобія та дисморфоманія [12].

Осіб зі шкірною патологією відрізняють високі показники іпохондричного розвитку у порівнянні з нозогенними реакціями – 45,7 % проти 25,7 % [13]. Поміж нозогенних реакцій найбільша частка припадає на депресивні – 26,1 % та тривожні стани – 28,4 %, для іпохондричного розвитку на масковану та надцінну іпохондрию – 28,6 % та 28,5 % відповідно [13].

Психічна реакція на особливості власної зовнішності є важливою складовою для розуміння психогенезу розладів психологічної та психосоціальної адаптації пацієнтів, які звертаються до косметологів та дерматологів, що робить вивчення психопатологічного статусу даної категорії осіб актуальним завданням медико-психологічної служби.

3. Мета дослідження

Виявити особливості структури афективно-невротичних психопатологічних симптомів у пацієнтів косметологічного профілю.

4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні прийняло участь 286 жінок, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на 3 групи на основі критерію самовідношення: групу 1 склали особи з дисгармонійним типом та тенденцією до заниженої самооцінки (Г1, $n=108$), групу 2 – з гармонійним типом (Г2, $n=96$) та групу 3 – з дисгармонійним зі схильністю

до завищеної самооцінки типом (Г3, $n=82$). Розподіл пацієнтів косметологічного профілю на групи за критерієм самовідношення ґрунтувався на засадах теорій структури особистості та формування образу тіла. Відношення до самого себе, самосприйняття та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають соціальну поведінку індивіда та мають значення для формування системи міжперсональних зв'язків. Сприйняття свого зовнішнього вигляду залежить від самооцінки, як компоненту самовідношення, так і обумовлюється суб'єктивним сприйняттям свого образу тіла.

Визначення вираженості психопатологічної симптоматики проводилося за методикою SCL-90-R, яка вимірює ступінь психічного дискомфорту за параметрами соматизації, нав'язливостей, сензитивності, депресії, тривожності, ворожості, фобій, паранояльності та психотизму, а також дозволяє оцінити інтегральні показники рівня психічного дистресу (GSI), його інтенсивності (PTSI) та широти прояву психічних симптомів (PTS) [14].

Для статистичної обробки даних було використано MS Excel v.8.0.3. Статистична перевірка гіпотез проводилася за допомогою параметричного t -критерію Стьюдента.

5. Результати дослідження

Поряд із загальною вираженістю психопатологічної симптоматики за кожною зі шкал, вагоме значення мала оцінка окремих психопатологічних симптомів, які формували індивідуальний стиль психічного відреагування. На основі отриманих результатів було проведено аналіз вираженості та структури психопатологічних ознак для кожної шкали (табл. 1–5).

До симптомів соматизації відносилися головні болі, слабкість та запаморочення, кардіоалгії, болі у поперековій області хребта, нудота та розлади травлення, утруднення дихання, напади жару чи ознобу, болі у м'язах, відчуття поколювання чи слабкості у різних ділянках тіла, відчуття «грудки в горлі», тяжкість у кінцівках (табл. 1).

До проявів психопатологічної тривоги входили такі симптоми: нервовість, відчуття внутрішнього тремтіння, наявність неочікуваного та безпричинного страху, страхи, сильне чи пришвидшене серцебиття, напруженість, напади жаху та паніки, сильний неспокій, який не дозволяв всидіти на місці, відчуття, що може трапитися щось погане, кошмарні думки та видіння (табл. 2).

Обсесивно-компульсивні симптоми складали повторні, неприємні нав'язливі думки, проблеми з пам'яттю, недбалість та неохайність, відчуття, що щось заважає діяти, необхідність працювати повільно, щоб не допустити помилки, перевіряти результати зробленого, труднощі у прийнятті повсякденних рішень, відчуття, що думка легко губиться, проблеми з психічною концентрацією, потреба повторювати певні дії (обсесивні ритуали) (табл. 3).

Таблиця 1

Вираженість симптомів соматизації у досліджуваних групах, $\bar{x} \pm \sigma$ та %

Симптоми соматизації	Г1, n=108		Г2, n=96		Г3, n=82	
	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %
Головні болі	1,15±1,04!	64,8	0,65±0,89!»	41,7	0,95±0,94»	58,5
Запаморочення	0,95±0,97*!	58,3	0,47±0,71!	34,4	0,45±0,63*	37,8
Кардіоалгії	0,55±0,66	45,4	0,46±0,71	36,5	0,66±0,83	48,8
Болі у попереку	0,44±0,78	27,8	0,36±0,48	36,5	0,35±0,64	26,8
ШКТ симптоми	0,89±0,91!	59,3	0,31±0,53!»	28,1	0,67±0,85»	47,6
Утруднення дихання	0,81±0,98!	50,9	0,53±0,58!	49,0	0,72±0,97	45,1
Напади жару чи ознобу	0,78±0,90!	50,9	0,50±0,58!	45,8	0,65±0,85	46,3
Міалгії	0,47±0,74	32,4	0,43±0,61»	36,5	0,61±0,64»	52,4
Парестезії	0,98±0,99*!	62,0	0,33±0,56!	29,2	0,41±0,78*	28,0
«Грудка в горлі»	0,92±0,91!	57,4	0,19±0,49!»	14,6	0,70±0,81»	0,50
Слабкість	1,22±1,13*!	60,2	0,49±0,62!	42,7	0,48±0,85*	30,5
Тяжкість у кінцівках	0,58±0,67	49,1	0,57±0,89	35,4	0,48±0,61	41,5
Загальний	0,81±0,46*!		0,44±0,39!»		0,59±0,27*»	

Примітка: * – достовірність різниці між Г1 та Г3, ! – достовірність різниці між Г1 та Г2, » – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$; $\bar{x} \pm \sigma$ – середнє вибіркє значення \pm стандартне відхилення; «>0, %» – колонка таблиці, яка показує % опитуваних, у яких виявлено позитивні відповіді щодо наявності досліджуваного симптому

Таблиця 2

Вираженість симптомів тривоги у досліджуваних групах, $\bar{x} \pm \sigma$ та %

Симптоми	Г1, n=108		Г2, n=96		Г3, n=82	
	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %
Нервовість	1,19±0,90*!	76,9	0,65±0,68!»	53,1	0,89±0,82*»	61,0
Тремтіння	0,35±0,59*!	29,6	0,15±0,35!	14,6	0,21±0,41*	20,7
Безпричинний страх	0,55±0,59!	50,0	0,18±0,38!»	17,7	0,44±0,63»	36,6
Почуття страху	1,11±0,70*!	80,6	0,51±0,68!	40,6	0,41±0,61*	35,4
Сильне серцебиття	0,63±0,64*!	54,6	0,41±0,51!	39,6	0,43±0,50*	42,7
Напруженість	1,20±0,69!	84,3	0,88±0,68!»	69,8	1,16±0,66»	87,8
Напади паніки	0,31±0,59	24,1	0,21±0,43	19,8	0,33±0,58	32,9
Сильний неспокій, що не всидіти на місці	1,18±0,94*!	73,1	0,33±0,56!	29,2	0,38±0,58*	32,9
Відчуття, що може трапитися щось погане	0,82±0,69*!	65,7	0,34±0,61!	27,1	0,43±0,67*	32,9
Кошмарні думки та видіння	0,55±0,59!	50,0	0,31±0,55!»	27,1	0,48±0,50»	47,6
Загальний	0,79±0,39*!		0,40±0,36!»		0,51±0,38*»	

Примітка: * – достовірність різниці між Г1 та Г3, ! – достовірність різниці між Г1 та Г2, » – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$; $\bar{x} \pm \sigma$ – середнє вибіркє значення \pm стандартне відхилення; «>0, %» – колонка таблиці, яка показує % опитуваних, у яких виявлено позитивні відповіді щодо наявності досліджуваного симптому

Таблиця 3

Вираженість obsесивно-компульсивних симптомів у досліджуваних групах, $\bar{x} \pm \sigma$ та %

Симптоми	Г1, n=108		Г2, n=96		Г3, n=82	
	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %
Повторні неприємні нав'язливі думки	0,77±0,88	51,9	0,60±0,77	42,7	0,71±0,69	57,3
Проблеми з пам'яттю	0,41±0,63*!	33,3	0,24±0,54!	18,8	0,12±0,33*	12,2
Недбалість, неохайність	0,24±0,43*	24,1	0,15±0,35	14,6	0,07±0,26*	7,3
Відчуття, що щось заважає діяти	0,49±0,65!	40,7	0,30±0,58!»	24,0	0,50±0,57»	46,3
Потреба діяти повільно, щоб не помилитися	0,67±0,63*!	58,3	0,33±0,54!	30,2	0,26±0,52*	22,0
Потреба перевіряти дії	0,83±0,77!	61,1	0,63±0,60!	56,3	0,67±0,47	67,1
Труднощі прийняття рішень	0,97±0,74*!	73,1	0,48±0,60!	42,7	0,32±0,56*	26,8
Легка втрата думки	0,41±0,58*!	36,1	0,21±0,41!	20,8	0,21±0,49*	17,1
Труднощі у концентрації	1,20±0,79*!	77,8	0,57±0,61!	51,0	0,44±0,59*	39,0
Потреба повторювати дії	0,33±0,60*!	26,9	0,14±0,34!	13,5	0,15±0,36*	14,6
Загальний	0,63±0,48*!		0,36±0,41!		0,34±0,32*	

Примітка: * – достовірність різниці між Г1 та Г3, ! – достовірність різниці між Г1 та Г2, » – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$; $\bar{x} \pm \sigma$ – середнє вибіркє значення \pm стандартне відхилення; «>0, %» – колонка таблиці, яка показує % опитуваних, у яких виявлено позитивні відповіді щодо наявності досліджуваного симптому

Проявами депресивного спектру були пригнічений настрій, упадок сил чи загальмованість, суїцидальні думки, слізливість, відчуття себе загнаним у безвихідне становище, відчуття, що у всьому винен сам, надмірне занепокоєння будь-якою подією, втрата інтересу до будь-чого, відчуття відсутності надії у майбутньому, відчуття, що на все треба витратити надмірні зусилля, почуття нікчемності, самотності, втрата сексуального потягу чи задоволення (табл. 4).

Фобічні симптоми включали виникнення страху на вулиці та відкритих місцях, боязнь вийти з дому самому, їзди на транспорті, знепритомніти на людях, потреба уникати певних місць чи дій, які лякають, відчуття незручності в людних місцях, нервозність, яка виникала наодинці (табл. 5).

Інтерпретація результатів на рівні окремих симптомів виявила значимі відмінності між досліджуваними групами.

Таблиця 4

Вираженість депресивних симптомів у досліджуваних групах, $\bar{x} \pm \sigma$ та %

Симптоми	Г1, n=108		Г2, n=96		Г3, n=82	
	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %
Упадок сил чи загальмованість	0,91±0,69*!	71,3	0,54±0,71!	41,7	0,46±0,63*	39,0
Суїцидальні думки	0,20±0,40*!	20,4	0,08±0,28!	8,3	0,09±0,28*	8,5
Слізливість	0,41±0,60	35,2	0,35±0,48	35,4	0,37±0,48	36,6
Відчуття себе у пастці	0,53±0,66!	43,5	0,29±0,59!»	24,0	0,46±0,57»	42,7
Самозвинувачення	0,88±0,77*!	71,3	0,54±0,71!»	41,7	0,17±0,38*»	17,1
Відчуття самотності	0,74±0,67!	61,1	0,49±0,63!»	41,7	0,87±0,66»	70,7
Пригнічений настрій	1,38±0,72*!	88,9	0,84±0,70!	66,7	0,79±0,72*	62,2
Надмірне занепокоєння	1,09±0,76!	75,9	0,44±0,69!»	32,3	0,90±0,76»	65,9
Втрата інтересу	0,62±0,62*!	54,6	0,26±0,44!	26,0	0,35±0,53*	32,9
Відчуття безнадії	0,57±0,64*!	49,1	0,15±0,38!	13,5	0,09±0,28*	8,5
Відчуття затрати надмірних зусиль	0,85±0,72*!	65,7	0,65±0,70!»	52,1	0,45±0,50*»	45,1
Відчуття нікчемності	0,58±0,70*!	46,3	0,27±0,55!»	21,9	0,12±0,33*»	12,2
Втрата сексуального потягу чи задоволення	0,47±0,55*!	44,4	0,30±0,46!	30,2	0,32±0,47*	31,7
Загальний	0,71±0,47*!		0,40±0,42!		0,42±0,32*	

Примітка: * – достовірність різниці між Г1 та Г3, ! – достовірність різниці між Г1 та Г2, » – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$; $\bar{x} \pm \sigma$ – середнє вибіркє значення \pm стандартне відхилення; «>0, %» – колонка таблиці, яка показує % опитуваних, у яких виявлено позитивні відповіді щодо наявності досліджуваного симптому

Таблиця 5

Вираженість фобічних симптомів у досліджуваних групах, $\bar{x} \pm \sigma$ та %

Симптоми	Г1, n=108		Г2, n=96		Г3, n=82	
	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %	$\bar{x} \pm \sigma$	>0, %
Страх на вулиці та відкритих місцях	0,35±0,57*!	30,6	0,18±0,38!	17,7	0,18±0,47*	14,6
Боязнь вийти з дому самому	0,30±0,50!	27,8	0,13±0,33!	12,5	0,23±0,43	23,2
Боязнь їзди на транспорті	0,24±0,47	22,2	0,18±0,38	17,7	0,17±0,38	17,1
Потреба уникати певних місць чи дій, які лякають	0,81±1,29*!	48,1	0,43±0,64!	34,4	0,39±0,59*	35,4
Відчуття незручності в людних місцях	0,83±1,26*!	53,7	0,39±0,64!	30,2	0,33±0,61*	25,6
Нервозність на самоті	0,35±0,54!	32,4	0,15±0,38!»	13,5	0,28±0,45»	28,0
Боязнь втратити свідомість на людях	0,29±0,45	28,7	0,18±0,44	15,6	0,23±0,42	23,2
Загальний	0,45±0,51*!		0,23±0,35!		0,26±0,32*	

Примітка: 1 – достовірність різниці між Г1 та Г3, 2 – достовірність різниці між Г1 та Г2, 3 – достовірність різниці між Г2 та Г3 на рівні $p < 0,05$; $\bar{x} \pm \sigma$ – середнє вибіркє значення \pm стандартне відхилення; «>0, %» – колонка таблиці, яка показує % опитуваних, у яких виявлено позитивні відповіді щодо наявності досліджуваного симптому

6. Обговорення результатів дослідження

У жінок з дисгармонійними типами самовідношення виявлено вищі рівні соматизації ($0,81 \pm 0,46$ балів у Г1, $0,44 \pm 0,39$ балів у Г2 та $0,59 \pm 0,27$ балів у Г3) та тривоги на відміну від жінок з гармонійним типом ($0,79 \pm 0,39$ балів, $0,40 \pm 0,36$ балів, $0,51 \pm 0,38$ балів), у пацієнок зі схильністю до заниженої самооцінки також зафіксовані вищі показники за проявами обсесивності-компульсивності ($0,63 \pm 0,48$ балів у Г1 проти $0,36 \pm 0,41$ балів у Г2 та $0,34 \pm 0,32$ балів у Г3), депресії ($0,71 \pm 0,47$ балів проти $0,40 \pm 0,42$ балів та $0,42 \pm 0,32$ балів) та фобічної тривожності ($0,45 \pm 0,51$ балів проти $0,23 \pm 0,35$ балів та $0,26 \pm 0,32$ балів), $p < 0,05$. Однак оцінка вираженості психопатологічної симптоматики неповна без аналізу структури психопатологічних симптомів.

У жінок з дисгармонійним типом самовідношення та низькою самооцінкою провідними проявами соматизації були загальна слабкість та цефалгії, які реєструвалися відповідно у 60,2 % та 64,8 % опитуваних Г1, парестезії спостерігалися у 62,0 %, ШКТ-симптоми – 59,3 %, запаморочення – 58,3 %, симптом «грудки в горлі» – 57,4 % пацієнок, менш частими були скарги на утруднення дихання – у 50,9 %, напади жару та ознобу – 50,9 %, тяжкість у кінцівках – 49,1 %, кардіоалгії – 45,4 %, рідкісними на міалгії – 32,4 % та болі у попереку – 27,8 %.

Провідними ознаками соматизації для жінок із дисгармонійним типом самовідношення та схильністю до завищеної самооцінки були цефалгії, зафіксовані у 58,5 % пацієнок з Г3, за ними слідували відчуття «грудки в горлі» – 50,0 %, болі у м'язах – 52,4 % та серці – 48,8 %, ШКТ-симптоми – 47,6 %, напади жару чи ознобу – 46,3 % та утруднене дихання – 45,1 %. Симптоматика у вигляді тяжкості в кінцівках – 41,5 %, запаморочення – 37,8 %, слабкості – 30,5 %, парестезій – 28,0 %, люмбалгій – 26,8 % була представлена лише у 1/3 опитуваних даної групи.

У жінок з гармонійним типом відношення у структурі симптомів соматизації лідирували головні болі – у 41,7 % опитуваних, менш вираженими були прояви у порядку зменшення зустрічаності: задишки – 49,0 %, нападів жару чи ознобу – 45,8 %, відчуття слабкості – 42,7 %, кардіоалгій – 36,5 %, міалгій – 36,5 %, болю у попереку – 36,5 %, тяжкості у кінцівках – 35,4 %, запаморочення – 34,4 %. ШКТ-симптоми, парестезії та відчуття «грудки в горлі» були виявлені лише відповідно у 28,1 %, 29,2 % та 14,6 % обстежених з Г2.

У жінок з низькою самооцінкою на відміну від опитуваних з нормальним самовідношенням були вищими інтенсивність широкого спектру симптомів: головного болю ($1,15 \pm 1,04$ балів у Г1 та $0,65 \pm 0,89$ балів у Г2), запаморочення ($0,95 \pm 0,97$ балів проти $0,47 \pm 0,71$ балів), слабкості ($1,22 \pm 1,13$ балів проти $0,49 \pm 0,62$ балів), розладів травлення ($0,89 \pm 0,91$ балів проти $0,31 \pm 0,53$ балів), дихання ($0,81 \pm 0,98$ балів проти $0,53 \pm 0,58$ балів), нападів жару чи ознобу ($0,78 \pm 0,90$ балів проти $0,50 \pm 0,58$ балів), парестезій ($0,98 \pm 0,99$ балів проти $0,33 \pm 0,56$ балів),

відчуття «грудки в горлі» ($0,92 \pm 0,91$ балів проти $0,19 \pm 0,49$ балів), $p < 0,05$. Від пацієнок із завищеною самооцінкою їх відрізняла вища вираженість запаморочення ($0,95 \pm 0,97$ балів у Г1 проти $0,45 \pm 0,63$ балів у Г3), загальної слабкості ($1,22 \pm 1,13$ балів проти $0,48 \pm 0,85$ балів) та парестезій ($0,98 \pm 0,99$ балів проти $0,41 \pm 0,78$ балів), $p < 0,05$. У жінок з Г3 були вищими показники щодо цефалгій ($0,65 \pm 0,89$ балів у Г1 проти $0,95 \pm 0,94$ балів у Г3), ШКТ-симптомів ($0,31 \pm 0,53$ балів проти $0,67 \pm 0,85$ балів), міалгій ($0,43 \pm 0,61$ балів проти $0,61 \pm 0,64$ балів) та відчуття «грудки в горлі» ($0,19 \pm 0,49$ балів проти $0,70 \pm 0,81$ балів), $p < 0,05$.

Провідними симптомами тривожного симптомокомплексу у жінок з заниженою самооцінкою були напруженість, виявлена у 84,3 % осіб, нервовість – у 76,9 %, почуття страху – 80,6 %, сильний неспокій – у 73,1 % опитуваних. Менш вираженими проявами тривожного стану були відчуття, що може трапитися щось погане – 65,7 % пацієнтів, сильне серцебиття – 54,6 %, прояви безпричинного страху – 50,0 %, кошмарні думки чи сновидіння – 50,0 %, та найменш представленими ознаками були тремтіння у 29,6 % та напади паніки – 24,1 % респондентів.

Психопатологічна тривога у жінок з нормальною самооцінкою проявлялася напруженістю – 69,8 %, дещо менше нервовістю – 53,1 %, почуттям страху – 40,6 % та проявами сильного серцебиття – 39,6 %. До тривожних симптомів, що зустрічалися у даній групі рідше відносилися сильний неспокій – 29,2 %, відчуття небезпеки – 27,1 %, кошмари – 27,1 %, паніка – 19,8 %, безпричинний страх – 17,7 % та тремтіння – 14,6 % опитуваних.

Тривожна симптоматика осіб з завищеною самооцінкою була представлена переважно напруженістю – 87,8 % та нервовістю – 61,0 % опитуваних. Менш частими проявами тривоги, які фіксувалися у пацієнок, були кошмарні думки – 47,6 %, тривожне серцебиття – 42,7 %, безпричинний страх – 36,6 %, відчуття страху – 35,4 %, неспокій – 32,9 %, відчуття, що може трапитися щось погане – 32,9 %, напади паніки – 32,9 %, тремтіння – 20,7 %.

У жінок з Г1 у порівнянні з опитуваними Г2 та Г3 була вищою вираженість нервовості ($1,19 \pm 0,90$ балів у Г1 проти $0,65 \pm 0,68$ балів у Г2 та $0,89 \pm 0,82$ балів у Г3), тремтіння ($0,35 \pm 0,59$ балів проти $0,15 \pm 0,35$ балів та $0,21 \pm 0,41$ балів), почуття страху ($1,11 \pm 0,70$ балів проти $0,51 \pm 0,68$ балів та $0,41 \pm 0,61$ балів), серцебиття ($0,63 \pm 0,64$ балів проти $0,41 \pm 0,51$ балів та $0,43 \pm 0,50$ балів), неспокою ($1,18 \pm 0,94$ балів проти $0,33 \pm 0,56$ балів та $0,38 \pm 0,58$ балів), тривожного передчуття ($0,82 \pm 0,69$ балів проти $0,34 \pm 0,61$ балів та $0,43 \pm 0,67$ балів), та лише з жінками з Г2 – безпричинного страху ($0,55 \pm 0,59$ балів у Г1 та $0,18 \pm 0,38$ балів у Г2), напруженості ($1,20 \pm 0,69$ балів проти $0,88 \pm 0,68$ балів), кошмарних думок ($0,55 \pm 0,59$ балів проти $0,31 \pm 0,55$ балів), $p < 0,05$. Пацієнок з Г3 відрізняли від опитуваних з Г2, вищі рівні нервовості ($0,65 \pm 0,68$ балів у Г2 проти $0,89 \pm 0,82$ балів у Г3), напруженості ($0,88 \pm 0,68$ балів проти $1,16 \pm 0,66$ балів), присутності безпричинного страху ($0,18 \pm 0,38$ балів

проти $0,44 \pm 0,63$ балів) та кошмарних думок ($0,31 \pm 0,55$ балів проти $0,48 \pm 0,50$ балів), $p < 0,05$.

Обсесивно-компульсивні прояви у жінок зі схильністю до заниженої самооцінки були представлені в основному труднощами у концентрації уваги – 77,8 % пацієнток, прийняття рішень – 73,1 %, потребою перевіряти дії – 61,1 %, необхідністю виконувати будь-що повільно, щоб не допустити помилки – 58,3 % та повторними неприємними нав'язливими думками – у 51,9 % опитуваних. За ними слідували такі симптоми як відчуття, що щось постійно заважає виконувати дії – 40,7 % та легка втрата думки у 36,1 %, проблеми з пам'яттю – 33,3 %. Найменше пацієнтів даної групи турбували потреба повторювати дії – 26,9 % та власна недбалість та неохайність – 24,1 % жінок.

Обсесивно-компульсивна симптоматика у жінок з врівноваженою самооцінкою будувалася на таких проявах як перевіряння своїх дій – 56,3 %, труднощі у концентрації уваги – 51,0 % та повторні нав'язливі думки – у 42,7 % осіб. У порядку зниження зустріваності були наявні: труднощі у прийнятті рішень – 42,7 %, повільність у діяльності – 30,2 %, відчуття наявності перепон, які заважають щось зробити – 24,0 %, легка втрата думки – 20,8 %, проблеми з пам'яттю – 18,8 %, недбалість – 14,6 % та потреба повторювати дії – 13,5 %.

Найбільш виразними проявами обсесивності-компульсивності у групі жінок з завищеною самооцінкою були потреба перевіряти власні дії та нав'язливі думки, відповідно 67,1 % та 57,3 % опитуваних. У меншій мірі були присутні такі симптоми як відчуття перешкоди – у 46,3 % та зниження концентрації уваги – 39,0 % жінок. Мало представленими скаргами були труднощі прийняття рішення – у 26,8 %, сповільнення діяльності – 22,0 %, втрата думки – 17,1 %, повтори дій – 14,6 %, проблеми з пам'яттю – 12,2 % та недбалість – 7,3 % жінок.

У жінок з Г1 більш вираженими у порівнянні з опитуваними Г2 та Г3 були проблеми з пам'яттю ($0,41 \pm 0,63$ балів у Г1 проти $0,24 \pm 0,54$ балів у Г2 та $0,12 \pm 0,33$ балів у Г3), сповільнення виконання дій ($0,67 \pm 0,63$ балів проти $0,33 \pm 0,54$ балів та $0,26 \pm 0,52$ балів), труднощі у прийнятті рішень ($0,97 \pm 0,74$ балів проти $0,48 \pm 0,60$ балів та $0,32 \pm 0,56$ балів) та концентрації уваги ($1,20 \pm 0,79$ балів проти $0,57 \pm 0,61$ балів та $0,44 \pm 0,59$ балів), втрата думки ($0,41 \pm 0,58$ балів проти $0,21 \pm 0,41$ балів та $0,21 \pm 0,49$ балів), потреба повторювати дії ($0,33 \pm 0,60$ балів проти $0,14 \pm 0,34$ балів та $0,15 \pm 0,36$ балів), від жінок з завищеною самооцінкою їх також відрізняли вищі рівні недбалості ($0,24 \pm 0,43$ балів у Г1 проти $0,07 \pm 0,26$ балів у Г3), з гармонійним самовідношенням – відчуття, що щось заважає ($0,49 \pm 0,65$ балів у Г1 проти $0,30 \pm 0,58$ балів у Г2), перевіряння дій ($0,33 \pm 0,60$ балів проти $0,14 \pm 0,34$ балів), $p < 0,05$. Між опитуваними з Г2 та Г3 була виявлена різниця стосовно відчуття перешкоди у діяльності, з вищими показниками у жінок зі схильністю до підвищеної самооцінки ($0,30 \pm 0,58$ балів у Г1 проти $0,50 \pm 0,57$ балів у Г3), $p < 0,05$.

У структурі депресивного симптомокомплексу провідним симптомом у всіх групах був знижений настрій – 88,9 % у Г1, 66,7 % у Г2 та 65,9 % у Г3. У жінок з дисгармонійним типом широко представленими були такі симптоми як надмірне занепокоєння – 75,9 % у Г1 та 65,9 % у Г3 і відчуття самотності – 61,1 % та 70,7 %. Для жінок зі схильністю до заниженої самооцінки також були властивими самозвинувачення – 71,3 %, упадок сил – 71,3 %, відчуття, що будь-яка діяльність потребує надмірних зусиль – 65,7 % осіб. Відмінності у структурі депресивного стану в Г1 та Г2 становили такі симптоми як загальмованість – 71,3 % у Г1 проти 39,0 % у Г3, самозвинувачення – 71,3 % проти 17,1 %, ангедонія – 54,6 % у Г1 проти 32,9 % у Г3, відчуття безнадії – 49,1 % проти 8,5 %, надмірних зусиль – 65,7 % проти 45,1 %, власної нікчемності – 46,3 % проти 12,2 %, суїцидальні думки – 20,4 % проти 8,5 % більш часто зустрірані у пацієнток зі зниженою самооцінкою, тоді як долі скарг на зниження сексуального потягу – 44,4 % та 31,7 %, відчуття себе у пастці – 43,5 % та 42,7 %, слізливість – 35,2 % та 36,6 % у даних групах мало відрізнялись. У жінок з гармонійним типом самовідношення поряд з гіпотимією менші частки припадали на такі симптоми як відчуття надмірних зусиль – 52,1 %, самотності – 41,7 %, самозвинувачення – 41,7 %, упадок сил – 41,7 %, слізливість – 35,4 %, надмірне занепокоєння – 32,3 %, були мало представленими прояви зниження сексуального потягу – 30,2 %, втрати інтересу – 26,0 %, відчуття себе у пастці – 24,0 %, нікчемності – 21,9 %, безнадії – 13,5 %, суїцидальних думок – 8,3 %.

У жінок із заниженою самооцінкою були вищими рівні загальмованості ($0,91 \pm 0,69$ балів у Г1 проти $0,54 \pm 0,71$ балів у Г2), суїцидальних думок ($0,20 \pm 0,40$ балів проти $0,08 \pm 0,28$ балів), самозвинувачення ($0,88 \pm 0,77$ балів проти $0,54 \pm 0,71$ балів), гіпотимії ($1,38 \pm 0,72$ балів проти $0,84 \pm 0,70$ балів), ангедонії ($0,62 \pm 0,62$ балів проти $0,26 \pm 0,44$ балів), безнадії ($0,57 \pm 0,64$ балів проти $0,15 \pm 0,38$ балів), відчуття надмірних зусиль ($0,85 \pm 0,72$ балів проти $0,65 \pm 0,70$ балів), нікчемності ($0,58 \pm 0,70$ балів проти $0,27 \pm 0,55$ балів), зниження сексуального потягу ($0,47 \pm 0,55$ балів проти $0,30 \pm 0,46$ балів), ніж у пацієнток з завищеною та збалансованою самооцінкою, $p < 0,05$. Пацієнток з дисгармонійним самовідношенням також вирізняли вища вираженість відчуття у пастці ($0,53 \pm 0,66$ балів у Г1, $0,29 \pm 0,59$ балів у Г2, $0,46 \pm 0,57$ балів у Г3), самотності ($0,74 \pm 0,67$ балів, $0,49 \pm 0,63$ балів та $0,87 \pm 0,66$ балів), надмірного занепокоєння ($1,09 \pm 0,76$ балів, $0,44 \pm 0,69$ балів та $0,90 \pm 0,76$ балів), однак у жінок з завищеною самооцінкою зафіксовані нижчі показники щодо самозвинувачення ($0,54 \pm 0,71$ балів у Г2 проти $0,17 \pm 0,38$ балів у Г3), відчуття надмірних зусиль ($0,65 \pm 0,70$ балів проти $0,45 \pm 0,50$ балів), нікчемності ($0,27 \pm 0,55$ балів проти $0,12 \pm 0,33$ балів), $p < 0,05$.

Провідними проявами фобічної симптоматики в усіх групах були потреба уникати певних місць чи дій, які лякають – 48,1 % у Г1, 34,4 % у Г2 та 35,4 % у Г3, та відчуття незручності у людних місцях – 53,7 %, 30,2 % та 25,6 %. Менший прояв мали симптоми

страху на вулиці та людних місцях – 30,6 % у Г1, 17,7 % у Г2 та 17,7 % у Г3, боязнь вийти самому з дому – 27,8 %, 12,5 % та 23,2 %, страх їздити у транспорті – 22,2 %, 17,7 % та 17,1 %, нервозність на самоті – 32,4 %, 13,5 % та 23,2 %, страх знепритомніти – 28,7 %, 15,6 % та 23,2 % осіб.

У жінок із заниженою самооцінкою були більш вираженими прояви страху в людних місцях ($0,35 \pm 0,57$ балів у Г1 проти $0,18 \pm 0,38$ балів у Г2 та $0,18 \pm 0,47$ балів у Г3), уникнення ситуацій, що лякають ($0,81 \pm 1,29$ балів проти $0,43 \pm 0,64$ балів та $0,39 \pm 0,59$ балів), відчуття незручності на людях ($0,83 \pm 1,26$ балів проти $0,39 \pm 0,64$ балів та $0,33 \pm 0,61$ балів), ніж у опитуваних двох інших груп, також реєструвалися вищі показники страху, пов'язаного з необхідністю виходити з дому самому ($0,30 \pm 0,50$ балів у Г1 проти $0,13 \pm 0,33$ балів у Г2) чи залишатися наодинці ($0,35 \pm 0,54$ балів проти $0,15 \pm 0,38$ балів) у порівнянні з жінками з Г1, $p < 0,05$. У жінок з завищеною самооцінкою був вищий рівень нервовості на самоті ($0,15 \pm 0,38$ балів у Г2 проти $0,28 \pm 0,45$ балів у Г3) у порівнянні з опитуваними, які мали збалансовану самооцінку, $p < 0,05$.

7. Висновки

1. У жінок, які зверталися за косметологічною допомогою рівень психопатологічної симптоматики та структура окремих психопатологічних симптомів різнилася в залежності від типу самовідношення: гармонійного, дисгармонійного зі схильністю до заниженої чи завищеної самооцінки. Більшу вираженість психопатологічних проявів демонстрували жінки з дисгармонійним самовідношенням, в особливості зі зниженою самооцінкою.

2. Провідними проявами афективно-невротичної симптоматики у жінок з дисгармонійним типом самовідношення зі схильністю до заниженої самооцінки були соматизація по астено-невротичному типу, виражений тривожний компонент (непокій, напруженість, страх, очікування неприємностей, надмірне занепокоєння), нерішучість, потреба перевіряти власні дії, нав'язливі думки, упадок сил, гіпотимія, самозвинувачення, відчуття, що необхідно прикладати надмірні зусилля при виконанні діяльності, незручність у людних місцях, у пацієнток зі схильністю до завищеної самооцінки – соматизація з алгічними та гістрійними проявами, напруженість, нервовість, надмірне занепокоєння, нав'язливі думки, відчуття самотності, знижений настрій. У жінок з гармонійним самовідношенням соматизація проявлялася переважно цефалгіями, були присутні напруженість, менше нервовість, нав'язливі думки, потреба перевіряти свої дії та гіпотимія.

3. Структура психопатологічних симптомів у пацієнток косметологічного профілю відображала змістовні особливості та спрямованість психічного відреагування у відповідь на стрес.

4. Жінки, які звертаються за косметологічною допомогою складають неоднорідну за психологічними характеристиками групу, що має враховуватися при наданні медичної та психологічної допомоги.

5. Пацієнтки з дисгармонійним типом самовідношення, в особливості зі схильністю до низької самооцінки, становлять найуразливішу групу щодо психічного здоров'я та потребують медико-психологічної допомоги.

Література

1. Бекетова, Н. Косметологические процедуры в дерматологической практике: взгляд практикующего специалиста в области психодерматологии [Текст] / Н. Бекетова // Косметика и медицина. – 2014. – № 4. – С. 74–81.
2. Bewley, A. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party [Text] / A. Bewley, A. Affleck, C. Bundy, E. Higgins, S. McBride // British Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 168, Issue 6. – P. 1149–1150. doi: 10.1111/bjd.12330
3. Александров, А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица [Текст] / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 52–66.
4. Боднар, Л. А. Клініко-психопатологічні та патофизиологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики [Текст] / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Вип. 1-2 (30-31). – С. 4–7.
5. Петрова, Н. Н. Дисморфофобия в клинике эстетической хирургии [Текст] / Н. Н. Петрова, О. М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–30.
6. Мороз, С. М. Дисморфофобия и дисморфомания: зеркало обманывает [Текст] / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. – 2015. – № 6 (74). – С. 108–110.
7. Сластенина, В. В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии [Текст] / В. В. Сластенина // Вестник Томского гос. ун-та. – 2007. – № 303. – С. 205–208.
8. Шакуров, И. Г. Психосоциальный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи [Текст] / И. Г. Шакуров, И. Б. Глубокова, А. И. Табашникова // В-к дерм. и венер. – 2009. – № 3. – С. 50–60.
9. Сац, Е. А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг [Текст] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. doi: 10.17513/spno.121-18589
10. Sharma, P. Psychiatric evaluation in dermatology: an overview [Text] / P. Sharma, K. Sreejayan, S. Ghosh, R. Behere // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 58, Issue 1. – P. 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286
11. Filaković, P. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects [Text] / P. Filaković, A. Petek, O. Koić et. al. // Psychiatr. Danub. – 2009. – Vol. 21, Issue 3. – P. 401–410.
12. Conrado, L. A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features [Text] / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz, V. Fossaluza, A. R. Torres, E. C. Miguel, E. A. Rivitti // Journal of American Academic Dermatology. – 2010. – Vol. 63, Issue 2. – P. 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

13. Андрущенко, А. В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические отношения, терапия) [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Андрущенко. – Москва, 2011. – 363 с.

14. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии пост-травматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб: Питер, 2001. – 272 с.

References

1. Beketova, N. (2014). Cosmetic procedures in dermatological practice: point of view of practitioner in psychodermatology. *Cosmetics and medicine*, 4, 74–81.

2. Bewley, A., Affleck, A., Bundy, C., Higgins, E., McBride, S. (2013). Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. *British Journal of Dermatology*, 168 (6), 1149–1150. doi: 10.1111/bjd.12330

3. Aleksandrov, A. A., Bagnenko, E. S. (2012). Psychological characteristics of women with cosmetic defects of the facial skin. *Herald of psychotherapy*, 41 (46), 52–66.

4. Bodnar, L. A. (2011). Clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty. *Mental Health*, 1-2 (30-31), 4–7.

5. Petrova, N. N., Gribova, O. M. (2014). Dysmorphophobia in clinic of aesthetic surgery. *Mental disorders in general medicine*, 1, 26–30.

6. Moroz, S. M., Yavorskaya, I. (2015). Dysmorphophobia and Dismorphomania: mirrors cheating. *Cosmetologist*, 6 (74), 108–110.

7. Slstenina, V. V. (2007). Socio-psychological characteristics of women resorting to the services of plastic surgery. *Bulletin of the Tomsk State University*, 303, 205–208.

8. Shakurov, I. G., Glubokova, I. B., Tabashnikova, A. I. (2009). Psycho-emotional status and personality characterological features of patients with scar skin changes. *Bulletin of dermatology and Venerology*, 3, 50–60.

9. Sats, E. A., Slobodchikov, I. M. (2015). Features of consciousness of women as clients of cosmetic services. *Modern problems of science and education*, 1-1. doi: 10.17513/spno.121-18589

10. Sharma, P., Sreejayan, K., Ghosh, S., Behere, R. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. *Indian Journal of Dermatology*, 58 (1), 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286

11. Filaković, P., Petek, A., Koić, O. et. al. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. *Psychiatr. Danub.*, 21 (3), 401–410.

12. Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C., Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 63 (2), 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

13. Andrushchenko, A. V. (2011). *Psichicheskie i psichosomaticheskie rasstroystva v ucherezhdeniyah obschesomaticheskoi seti (kliniko-epidemiologicheskie aspekty, psichosomaticheskie otnosheniya, terapiya)* [Mental and psychosomatic disorders in somatic network institution (epidemiological aspects, psychosomatic relationship, therapy)]. Moscow, 363.

14. Tarabrina, N. V. (2001). *Psychology of post-traumatic stress*. Sankt-Peterburg: Peter, 272.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.
Дата надходження рукопису 23.05.2016*

Юдін Михайло Анатолійович, кандидат медичних наук, Медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021
E-mail: 672233383@ukr.net

УДК 613.816:616.89-008.48

ОБГРУНТУВАННЯ ЗАГАЛЬНИХ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПІДХОДІВ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ СПІВЗАЛЕЖНІЙ РОДИНИ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧОЛОВІКІВ

© В. В. Ярий

На базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012–2015 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та їх дружин, а також 50 подружжів, чоловіки в яких не мали алкогольних проблем. На основі виділення клінічних варіантів дезадаптації дружин алкогользалежних чоловіків та типів родинної дезадаптивної співзалежності, обґрунтовані загальні та диференційовані підходи до комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги співзалежній родині

Ключові слова: родинна дезадаптивна співзалежність, дружини, алкогольна залежність, комплексна лікувально-реабілітаційна допомога

Aim – *The grounding of general and differentiated approaches to the complex treatment-rehabilitation help to co-dependent family of men with alcoholic addiction (AA).*

Contingent. *160 men with AA and their wives and also 50 married couples, women, whose husbands had not alcoholic problems.*